



Attestation du questionnaire de santé

Pour les mineurs:

Je soussigné(e), Nom:.....Prénom.....

En ma qualité de représentant(e) légal(e):

Nom:.....Prénom.....

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé du sportif mineur et à répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date:.....Signature du représentant légal.....

Pour les majeurs:

Je soussigné(e), Nom:.....Prénom.....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-sport Cerfa N° et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date:.....Signature du représentant légal.....